

ANEXO XIII

REFERENCIAL DE CUSTOS DE AMBULATÓRIO

1. APRESENTAÇÃO

1.1. Este documento discrimina as tabelas, índices, valores e conceituação necessários para os serviços complementares de saúde, objeto dos CREDENCIAMENTOS de Organizações Cívicas de Saúde (OCS) e Profissionais de Saúde Autônomos (PSA), com o Hospital Geral de Salvador (HGeS).

1.2. Os serviços cujos valores não estão previamente definidos terão seus preços calculados com base nas tabelas, índices e valores apresentados nos **itens 2 e 3**, deste Referencial. Os serviços cujos valores foram previamente definidos estão apresentados na forma de pacotes no **item 4**, deste Referencial de Custos de Serviços de Saúde.

1.3. A remuneração dos Honorários para realização de procedimentos de cirurgia cardiotorácica, conforme subitem 3.1, se dará conforme **Anexo XIV - TABELA REFERENCIAL CIRURGIA CARDIOTORÁCICA**.

2. TABELAS, ÍNDICES E VALORES – Do Atendimento Ambulatorial

2.1. Procedimentos médico-ambulatoriais realizados em Organização Civil de Saúde (OCS)

a) Entende-se por atendimento ambulatorial aquele que se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, não incluindo internação hospitalar. Inclui consultas, Serviço de apoio diagnóstico (SADT) de modo geral, atendimentos de curativos, pequenas cirurgias, primeiros socorros ou outros procedimentos, que não exijam uma estrutura médica mais complexa para o atendimento dos usuários. Também são entendidos como atendimentos ambulatoriais, aqueles caracterizados como urgência/emergência que demandem observações, até o limite de 12 horas, período após o qual passará a ser caracterizado como internação.

b) **Retorno de consulta ambulatorial:** será considerado retorno e, portanto, sem emissão de nova guia de encaminhamento as consultas ambulatoriais realizadas apenas para entrega e avaliação de exames complementares requeridos pelo próprio médico solicitante, desde que o beneficiário procure o referido médico para a **consulta de retorno em até 30 (trinta) dias da consulta originária**. Se houver necessidade de executar procedimentos médicos, ou o motivo de retorno seja distinto do já referenciado, será considerada nova consulta e, portanto, será necessária a emissão de nova guia de encaminhamento.

c) A regra descrita acima comporta exceções quando a necessidade do paciente exija reavaliações periódicas pelo médico assistente como, por exemplo, consultas psiquiátricas e obstétricas em término de gestação.

d) **Ginecologia:** fazem parte da consulta os seguintes procedimentos: anamnese, exames de mamas, exame por meio do toque do útero e anexos, e inspeção direta do colo uterino por meio do espéculo vaginal.

e) **Nutrição:** essa assistência é prestada para fins de acompanhamento dietoterápico e está limitada a uma consulta a cada 30 dias. Estão incluídas na consulta as sessões de revisão e controle que ocorrerem dentro do prazo de 30 dias. Serão custeados os exames laboratoriais necessários ao referido acompanhamento.

f) **Oftalmologia:** a consulta oftalmológica inclui: anamnese, refração, inspeção e exames de pupilas, acuidade visual, retinoscopia e ceratometria, biomicroscopia do segmento anterior, exame sumário de motilidade ocular e do senso cromático. A tonometria é paga somente na

primeira consulta ou a cada 6 (seis) meses para um mesmo paciente. Outros exames cobrados junto com a consulta devem ser acompanhados de laudo com justificativa médica.

g) **Psiquiatria:** a assistência psiquiátrica pode ser realizada em regime ambulatorial ou hospitalar. Em regime ambulatorial o beneficiário tem direito a consulta – uma a cada quinze dias – e sessões psicoterápicas. As sessões psicoterápicas com psiquiatra está limitada a uma sessão semanal por beneficiário. Em regime hospitalar as sessões deverão constar no prontuário médico a data de atendimento. **A ausência de anotação das sessões em prontuário implicará na glosa do procedimento.**

h) Para **honorários médicos, exames radiodiagnósticos, exames laboratoriais, exames endoscópicos, exames anatomopatológicos e demais exames** não descritos nos itens (2.1.1.1, 2.1.1.2, 2.1.1.3 e 2.1.1.4) deste Referencial, os valores para pagamento serão referenciados, conforme a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM, edição 2012 plena, UCO R\$ 13,73, descrita a seguir:

TABELA CBHPM 2012					
PORTE	VALOR	PORTE	VALOR	PORTE	VALOR
1 A	13,37	5 C	303,28	10 B	1.005,06
1 B	26,75	6 A	330,32	10 C	1.115,55
1 C	40,12	6 B	363,24	11 A	1.180,21
2 A	53,50	6 C	397,32	11 B	1.294,24
2 B	70,53	7 A	429,06	11 C	1.420,03
2 C	83,46	7 B	474,90	12 A	1.471,74
3 A	114,05	7 C	561,89	12 B	1.582,24
3 B	145,73	8 A	606,56	12 C	1.938,42
3 C	166,92	8 B	635,95	13 A	2.133,55
4 A	198,66	8 C	674,74	13 B	2.340,44
4 B	217,47	9 A	717,06	13 C	2.588,48
4 C	245,69	9 B	784,07	14 A	2.884,70
5 A	264,49	9 C	863,99	14 B	3.138,62
5 B	285,65	10 A	927,48	14 C	3.461,88

As regras para remuneração de honorários definidas acima se aplicam a todas as tabelas e serviços credenciados com exceção daqueles especificados neste referencial de custos.

i) Esta tabela servirá de referência para os credenciamentos realizados durante o ano de 2021.

j) Ao se utilizar a CBHPM Edição 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO) será a seguinte: **1 UCO = R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

k) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM Edição 2012 e **R\$ 13,73** (treze reais e setenta e três centavos).

l) Obrigatoriamente, será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão.

m) Os atos praticados em **caráter de urgência** ou **emergência** terão um acréscimo de 30% (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte, em qualquer horário, aos sábados, domingos e feriados.

n) O valor da **consulta médica ambulatorial** é de **R\$ 100,26** (cem reais e vinte e seis centavos).

o) **Anestesia:** as remunerações de honorários de anestesiologia terão os portes definidos pela tabela CBHPM Edição de 2019 com deflator de 25% (vinte e cinco por cento). Para fins de remuneração, dos portes anestésicos será considerada a tabela descrita a seguir:

TABELA DE PREÇOS CONFORME PORTE		
PORTE	ENFERMARIA	APARTAMENTO
PORTE 1	235,90	471,80
PORTE 2	379,44	758,88
PORTE 3	594,50	1.189,00
PORTE 4	946,87	1.893,74
PORTE 5	1.274,89	2.549,77
PORTE 6	1.673,39	3.346,77
PORTE 7	2.059,97	4.119,94
PORTE 8	2.457,43	4.914,86

p) Os procedimentos realizados ambulatorialmente serão remunerados conforme regra da CBHPM, não cabendo acréscimo de 100% (cem por cento) no Porte, por acomodação.

q) Os atos praticados em **caráter de urgência** ou **emergência** fora do horário comercial terão um **acrécimo de 30%** (trinta por cento) em seus portes nas seguintes eventualidades: no período compreendido entre **19h e 7h** do dia seguinte; em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados.

r) Para os procedimentos com Porte anestésicos 7 (sete) ou 8 (oito) ou naqueles nos quais seja utilizada a Circulação Extracorpórea (CEC), ou procedimentos de neonatologia cirúrgica, gastroplastia para obesidade mórbida e cirurgias com duração acima de 6 (seis) horas, o anestesiologista responsável poderá, quando necessário, solicitar o concurso de um auxiliar (também anestesiologista), sendo atribuído a essa intervenção um porte correspondente a 30% (trinta por cento) dos portes previstos para o(s) ato(s) realizado(s) pelo anestesista principal.

s) Demais situações, seguir regras da tabela em referência.

2.1.1. Serviços e Exames Complementares de Diagnóstico e Terapia em Geral

2.1.1.1. Serviço de Diagnóstico por Imagem (Radiodiagnóstico)

a) Os exames **radiodiagnósticos** são exames radiológicos tipo Raio X simples, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética.

b) Se houver necessidade de incidências adicionais, deverá ser encaminhada justificativa junto com a fatura. Exames que não prevejam o uso de contraste somente terão o contraste remunerado se justificado pelo médico radiologista.

c) Para fins de remuneração será utilizada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), edição 2012, conforme descrito na alínea h) do item 2.1, **com banda redutora de 30% (trinta por cento) no porte.**

d) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o **procedimento** em questão.

e) Ao se utilizar a CBHPM edição 2012, ou uma de suas atualizações, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1**.

f) Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações para fins de códigos, utilizando valor do porte da CBHPM Edição 2012 e UCO = **R\$ 13,73** (treze Reais e dois centavos).

h) No caso de exames radiológicos realizados por profissional do HGeS, poderá ser emitido laudo do exame por OCS credenciada especializada, conforme tabela a tabela a seguir:

EXAME	VALOR
RAIO X	11,75
MAMOGRAFIA	21,14
DENSITOMETRIA	17,63
TOMOGRAFIA ELETIVA	64,62
TOMOGRAFIA DE URGÊNCIA	82,24

g) Os laudos para exames eletivos podem ser entregues em até 07 dias (sete) dias corridos. Para os exames realizados em caráter de urgência/emergência, o prazo para entrega do laudo será de até duas horas após a realização do exame. Para os exames realizados no período noturno, poderá ser considerado parecer médico verbal do radiologista para a equipe médica que solicitou o exame.

2.1.1.2. Exames Laboratoriais

a) Para **exames laboratoriais** previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Geral de Salvador, os valores serão os constantes na Tabela CBHPM Ed. 2012 conforme descrito na **alínea h) do item 2.1**, com BANDA REDUTORA DE 40% (QUARENTA POR CENTO) no valor total do exame (Porte e UCO).

b) Para exames que não forem previamente coletados pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de Geral de Salvador serão remunerados em conformidade com a Tabela CBHPM Ed. 2012 e BANDA REDUTORA DE 30% (TRINTA POR CENTO), sobre o valor total do exame. Para os exames/procedimentos não previstos na tabela acordada, serão utilizadas suas atualizações ou ainda tabela de exames complementar em anexo a este instrumento. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM ed. 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1**. Para os exames não constantes em tabelas regulares serão utilizados os valores constantes no Anexo VI– Tabela de Preços Exames não previstos na CBHPM.

2.1.1.3. Exames endoscópicos

a) Os **exames endoscópicos** tais como Endoscopia Digestiva Alta, Colonoscopia, Retosigmoidoscopia, Colangiopancreatografia Retrógrada e Histeroscopia serão remunerados conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), Edição 2012, conforme tabela descrita na alínea h) do item 2.1, com banda redutora de 10% (dez por cento) no porte. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de

referência, que contenha o procedimento em questão, no que se refere ao código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM ed. 2012.

b) Ao se utilizar a CBHPM Edição 2012, a Unidade de Custo Operacional (UCO), será a descrita na **alínea j) do item 2.1.**

2.1.1.4. Demais exames médicos

Os **demais exames** não descritos nos itens anteriores (2.1.1.1, 2.1.1.2 e 2.1.1.3), serão remunerados conforme CBHPM Edição 2012 com deflator de 25% (vinte e cinco por cento) no porte. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão para fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM ed. 2012. O valor da UCO está descrito na **alínea j) do item 2.1.**

2.1.1.5. Exames anatomopatológicos

a) Os **exames anatomopatológicos** serão remunerados conforme CBHPM Edição 2012. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão pra fins de código. Para fins de remuneração serão mantidos os valores de porte e UCO previstos neste referencial de custos, com base na CBHPM ed. 2012. A Unidade de Custo Operacional (UCO) será a descrita na **alínea j) do item 2.1.** Para os honorários ficará estabelecida a banda de redução de **20%** (vinte por cento) no porte.

b) Na ocorrência de análise de mais de 01 (um) fragmento o Credenciado deverá remeter, quando solicitado pela Seção de Auditoria do Credenciante, relatório simplificado que comprove a realização dos fragmentos excedentes.

2.2. Medicamentos, quimioterápicos, radiofármacos e materiais descartáveis.

a) **Medicamentos em geral:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF) vigente na data do atendimento para todos os serviços. Será admitido cobrança de taxa de 20% (vinte por cento) sobre o preço de fábrica previsto no catálogo Brasíndice, na data do evento. Sempre que possível deverá ser utilizado Medicamento Genérico.

b) **Medicamentos quimioterápicos:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF). será admitido cobrança de taxa de 20% (vinte por cento), sobre o preço de fábrica previsto no catálogo Brasíndice, na data do evento. Sempre que possível deverá ser utilizado Medicamento Genérico.

c) **Medicamentos quimioterápicos orais:** serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com Preço de Fábrica (PF). Para os medicamentos quimioterápicos orais, a taxa de operacionalização será de 10% (dez por cento). Medicamentos de hormonioterapia serão pagos de acordo com o Guia Brasíndice correspondente à época do atendimento, com preço de fábrica (PF). Para os medicamentos considerados hormonioterapia utilizados para tratamento de patologias oncológicas, não caberá a incidência da taxa de operacionalização. Sempre que possível deverá ser utilizado medicamento genérico. Os medicamentos com estabilidade após diluição serão pagos de acordo com a dose fracionada consumida, sendo eles: Genuxal, Fauldvincri, Fauldmetro, Aracytin, Velban, Adriblastina e Herceptin.

d) Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, utilizando os mesmos critérios e condições do catálogo Brasíndice.

e) A taxa de operacionalização aplica-se para atividades de operacionalização relacionadas a manipulação, armazenamento, distribuição, conferência e estudos de efetividade, atividades estas que envolvem equipe multidisciplinar.

f) Os materiais descartáveis serão pagos com base nos Catálogos BRASÍNDICE ou SIMPRO, nesta ordem, vigente na data da realização do procedimento, com deflator de 25% (vinte e cinco por cento). Os materiais descartáveis com valores superiores a R\$ 2.000,00 (dois mil reais), salvo em casos de emergência comprovada, deverão ter autorização prévia para uso. Nesses casos, deverá ser apresentado ao médico auditor da credenciante, justificativa médica em até 24 horas úteis após uso do material para conhecimento e validação após análise da indicação, quantidade e valor do material, devendo esta justificativa estar anexada à conta hospitalar para fins de auditoria.

g) Os radiofármacos, serão pagos de acordo com o Brasíndice, na condição preço de fábrica com banda redutora de 20% (vinte por cento). Quando não existir referência de valor no Guia Brasíndice será considerado o valor obtido na Revista SIMPRO Hospitalar referente ao respectivo tempo do atendimento, também com banda redutora de 20% (vinte por cento).

h) Para fins deste edital, entende-se por Materiais e Medicamentos de alto custo aqueles com valor acima de R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

i) O **valor do ICMS** para todos os itens será de acordo com o estabelecido para o **Estado da Bahia**.

j) Os OPMEs serão pagos tendo como valor máximo de referência, o apresentado nos Catálogo BRASÍNDICE ou SIMPRO (nesta ordem), vigente na data da realização do procedimento, com deflator de 35% (trinta e cinco por cento), com a apresentação de 03 (três) orçamentos distintos. Será aceita a cobrança de 10% (dez por cento) referente a taxa de operacionalização sobre o valor final do material.

l) Após a apresentação dos orçamentos, a CONTRATANTE poderá ainda apresentar contra proposta à CONTRATADA, no sentido de tentar reduzir o custo do material descrito neste item caso os mesmos sejam considerados, após avaliação, acima do valor de mercado local. Tais materiais necessitam de autorização prévia para uso, excetuando-se os casos de procedimentos de urgência/emergência, para os quais deverá ser apresentada justificativa médica para o uso e submetido à avaliação da equipe de auditoria da credenciante em até 24(vinte e quatro) horas úteis após o procedimento para posterior autorização após análise da indicação do procedimento e materiais utilizados, podendo ser necessário apresentação de esclarecimentos adicionais de ordem médica ou administrativa da OCS credenciada à credenciante.

m) As Notas fiscais dos OPMEs utilizadas em procedimentos devem ser apresentadas em fatura, inclusive os previamente autorizados, devendo constar o nome do paciente e a ata da realização do procedimento..

2.3. Filme Radiológico

A quantidade em metro quadrado do filme radiológico utilizado em todos os exames de radiodiagnóstico será definida de acordo com a CBHPM Edição 2012. Inexistindo o exame descrito nessa edição, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão. Valor do filme R\$ 30,17

2.4. Fisioterapia ambulatorial

a) As sessões de fisioterapia serão remuneradas conforme a tabela a seguir:

TABELA DE PROCEDIMENTOS E PREÇOS DA FISIOTERAPIA	
PROCEDIMENTOS/SESSÃO	VALOR
Consulta/avaliação fisioterapeuta	58,42
Sessão de fisioterapia ambulatorial - Aparelhos de eletrotermoterapia, esteira elétrica, bicicleta ergométrica, equipamentos proprioceptivos, materiais acessórios, cinesioterapia, mobilização articular	28,95
Sessão de RPG (Reeducação Postural Global)	55,34
Sessão Fisioterapia manipulativa, quiropraxia e osteopatia	55,34
Sessão fisioterapia neurológica	45,43
Sessão fisioterapia reabilitação labiríntica	28,95
Sessão de Fisioterapia ATM	48,13
Sessão de Fisioterapia Uroginecológica	55,34
Sessão Hidroterapia (terapia aquática)	48,42
Pilates (mensal) 2 x semana	231,08
Sessão de fisioterapia motora e respiratória domiciliar e hospitalar	67,51
Sessão de fisioterapia motora domiciliar e hospitalar	40,24
Sessão de fisioterapia respiratória domiciliar e hospitalar	40,24

b) As sessões de fisioterapia terão a **duração de 50 (cinquenta) minutos**.

c) Em caso de atendimento domiciliar não será remunerado taxa de deslocamento do credenciado para atendimento do beneficiário.

d) O atendimento domiciliar será limitado a Salvador e região metropolitana, após liberação expressa do CREDENCIANTE que analisará a necessidade técnica do encaminhamento.

e) As assinaturas de controle dos pacientes que realizarem os procedimentos descritos na tabela supramencionada deverão ser lançadas por sessão realizada, sendo terminantemente proibido solicitar aos pacientes que assinem todas as sessões na primeira consulta/avaliação ou sessão, sob pena de terem os procedimentos glosados pela Seção de Auditoria Externa da CREDENCIANTE. A reincidência neste tipo de irregularidade poderá implicar em descredenciamento da CREDENCIADA.

2.5. Fonoaudiologia/Nutrição/Psicologia

a) As sessões de **fonoaudiologia** e **psicologia** terão duração mínima de 50 minutos. Quando os serviços relacionados no item 2.5 forem prestados por Profissional de Saúde Autônomo (PSA), incluir-se-á no valor descrito a contribuição obrigatória ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que será recolhido pelo Credenciador na forma da lei.

SERVIÇOS	VALOR
Fonoterapia Avaliação Inicial	59,60
Fonoterapia Sessão	52,77
Psicoterapia Avaliação Inicial	67,59

Psicoterapia Adulto Sessão	67,59
Psicoterapia Infantil Sessão	67,59
Musicoterapia Avaliação Inicial	69,56 Reajuste não autorizado
Musicoterapia Sessão	62,09
Psicopedagogia Avaliação Inicial	62,09
Psicopedagogia Sessão	55,87
Nutrição Consulta/ Avaliação	62,09
Terapia Ocupacional Avaliação Inicial	59,60
Terapia Ocupacional Sessão	55,87
Avaliação Neuropsicologia Com Parecer	155,99
Neuropsicologia Sessão	93,12
Avaliação Inicial Acupuntura	74,50
Sessão Acupuntura (inclui Agulhas)	63,43

2.6. Radiologia odontológica

a) Os exames de radiologia odontológica serão remunerados conforme tabela a seguir:

PROCEDIMENTOS	VALOR
Radiografia Periapical	11,16
Radiografia Bite-Wing (Interproxima-4 radiografias x R\$ 8,00 cada)	44,68
Radiografia Oclusal	27,94
Radiografia Panorâmica	41,89
Radiografia Seio maxilar	69,82
Radiografia Axial	76,81
Radiografia Panorâmica com traçado manual para implante e CD	76,81
Teleradiografia com 1 (um) traçado manual	55,86
Teleradiografia com traçado computadorizado (c/ 1 análise)	48,86
Teleradiografia sem traçado	41,89
A T M Série Completa (4 Incidências)	69,82
RX Lateral de Mandíbula	69,82
RX da Mão - Idade óssea (Carpal ou Punho/Mão)	55,86
Fotografias (unidade)	8,37
Slides (unidade)	8,37
Modelo de Estudo Zocolado	41,89
Modelo de Estudo Recortado	63,18
Modelo de Trabalho	34,91
Modelo de Estudo BBO (Board Brasileiro de Ortodontia e Ortopedia Facial)	69,82

Radiografia Periapicais boca completa (14 radiografias)	125,67
Pasta	6,98
CD	6,98
Traçado para implante manual	30,08
Análise Computadorizada	11,16
Telefrontal s/ traçado (P.A)	41,89
Telefrontal c/ traçado computadorizado	48,86
Tomografia 1 Dente	144,39
Tomografia 2 Dentes (mesma arcada)	180,47
Tomografia 01 Arcada	276,73
Tomografia 02 Arcadas	470,43
Documentação Ortodôntica I- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, periapical arcos dentários, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	293,25
Documentação Ortodôntica II- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo recortado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	167,57
Documentação Ortodôntica III- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 9 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	153,60
Documentação Ortodôntica IV- panorâmica, teleperfil com 3 análises, 6 fotos, modelo de estudo zocalado, pasta, CD, caixa para modelos e sacola plástica.	139,65

2.7. Taxas de Sala Ambulatoriais

As taxas de sala ambulatoriais serão remuneradas conforme os procedimentos realizados, da seguinte forma:

DESCRIÇÃO	VALOR
Taxa de sala procedimentos gastroenterologia	50,40
Taxa de sala para procedimentos ortopédicos	39,33
Taxa de sala de pequenos procedimentos cirúrgicos	72,33
Taxa de Sala de quimioterapia – Oncologia ambulatorial por uso	133,04
Taxa de retirada de bomba de infusão	200,00
Taxa de sala de observação	Em negociação. Até a conclusão permanece o valor anterior.
Taxa de sala de curativo	Em negociação. Até a conclusão

	permanece o valor anterior.
Taxa de sala de medicamentos especiais ambulatorial	28,22
Taxa de sala – Mielograma	67,61
Taxa de sala – Biópsia de Medula Óssea	126,76
Outros procedimentos ambulatoriais	47,41

2.7.1. Composição das Taxas Ambulatoriais.

2.7.1.1. Estão incluídos nas taxas de sala acima descritas:

- a) Instalações da sala;
- b) Rouparia descartável ou não;
- c) Materiais descartáveis: álcool, éter, clorexidina, luva estéril e não estéril, máscara, propé, esparadrapo, micropore, compressas cirúrgicas, gaze, algodão e campo cirúrgico;
- d) Serviço de enfermagem do procedimento;
- e) Equipamentos referente ao procedimento.

2.7.2. Não incluídos na composição das Taxas de Sala

- a) Materiais, exceto os previstos na composição da taxa de sala;
- b) Medicamentos;
- c) Oxigênio;
- d) Honorários médicos; e
- e) Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

2.7.3. A taxa de sala de observação poderá ser cobrada, quando o beneficiário necessitar permanecer em observação nos casos de intercorrência clínica na realização de procedimentos eletivos.

2.7.3.1. Estão incluídos na taxa de sala de observação:

- a) Instalações da sala;
- b) Rouparia descartável ou não;
- c) Materiais descartáveis: álcool, éter, clorexidina, luva estéril e não estéril, máscara, propé, esparadrapo, micropore, compressas cirúrgicas, gaze, algodão e campo cirúrgico;
- d) Serviço de enfermagem do procedimento;
- e) Equipamentos referente ao procedimento.

2.7.2. Não incluídos na composição das Taxas de Sala

- a) Materiais, exceto os previstos na composição da taxa de sala;
- b) Medicamentos;
- c) Oxigênio;
- d) Honorários médicos; e
- e) Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

2.8. Tabela de Taxas e Serviços

a) Os equipamentos utilizados na realização de procedimentos ambulatoriais, bem como os serviços prestados serão remunerados conforme descrição a seguir:

DESCRIÇÃO	VALOR
Diária de Hospital dia	185,10
Taxa de uso de Oxímetro / dia	6,95
Taxa de uso de Desfibrilador / Cardioversor – por dia	34,21
Aplicação de Injeção (IM, EV, SC)	9,63
Curativo Grande (incluído material e medicamento)	56,71
Curativo especial (incluído material e medicamento)	63,70
Curativo Médio (incluído material e medicamento)	42,32
Curativo Pequeno (incluído material e medicamento)	37,17
Retirada de Pontos	11,43
Taxa de preparo de quimioterapia	52,23
GASOTERAPIA	VALOR
Ar Comprimido – por hora	6,70
Oxigênio 1 Litro	3,61
Oxigênio 3 Litros	10,83
Oxigênio 5 Litros (máscara Venturi / Respirador)	18,45
Nebulização Simples com oxigênio e medicação (sessão)	19,64

b) **Hospital-Dia**: será considerado, neste caso, quando, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, de caráter ambulatorial, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 12 horas. Não cabe a cobrança quando o procedimento durar menos de 06 (seis) horas.

2.8.1. Curativos

2.8.1.1. Os curativos serão classificados conforme descrição abaixo:

a) Serão considerados **curativos pequenos** os seguintes: cateteres centrais e arteriais, cesáreas, flebotomia, histerectomia, incisões pequenas e outras da mesma classificação sem exsudato, traqueostomia, oftalmológico, apendicectomia aberta ou por vídeo, cirurgias de tireóide, varicocele, colecistectomia e retirada de pontos cirúrgicos.

b) Serão considerados **curativos médios** os seguintes: cirurgias infectadas (Cesáreas), incisões com drenos, lesões cutâneas de média extensão, com exsudato entre outros.

c) Serão considerados **curativos grandes** os seguintes: incisões contaminadas ou com deiscência de sutura, grandes cirurgias como reconstrução mamária, enxertos e outras reconstruções incluindo fasciíte, toracotomia com ou sem drenagem, grandes queimados, infecção de esterno e cavidades abertas, com lavagem, grandes fistulas e outros da mesma similaridade.

d) Os **curativos especiais** são aqueles desenvolvidos com propostas bem definidas, com custo elevado. Nesse caso, é necessário relatório médico ou de enfermeira especializada contendo informações específicas da lesão e indicações para o tipo específico do curativo, sendo o mesmo, necessariamente, autorizado previamente.

e) Os curativos já contemplam os serviços de enfermagem e materiais básicos. Não estão inclusos os materiais especiais utilizados nos curativos.

3. REMUNERAÇÃO PARA HONORÁRIOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

3.1. Honorários para procedimentos de Cirurgia Cardiorácica

A remuneração dos Honorários para realização de procedimentos de cirurgia Cardiorácica se dará conforme **Anexo I- Honorários para procedimentos de Cirurgia Cardiorácica**.

3. 2. Honorários para visitas médicas de especialidades para pacientes internados ou em avaliação em unidades de emergência

Especialidade	Valor da Primeira Avaliação	Valor visitas subsequentes
Nefrologia	280,77	202,78
Neurologia	280,77	202,78
Cirurgia Plástica	280,77	202,78
Oncologia Clínica	280,77	202,78
Cirurgia oncológica	280,77	202,78
Hematologia	280,77	202,78

4. PACOTES

Pelo termo PACOTE entende-se a pré fixação do valor de determinado procedimento hospitalar e ou ambulatorial que poderá ser composto do custo de materiais, medicações, diárias, taxas, custo operacional e honorários profissionais permitindo variações em sua composição.

4.1. Radioterapia– Acelerador Linear

a) Os valores dos pacotes já incluem os seguintes itens: Megavoltagem, Planejamento Técnico, Check-film, Bloco, Sistema de Mobilização, Colimação, Simulação de Tratamento, confecção de Sistema de Mobilização, Sessões, Taxa de sala, Medicamentos, Materiais inerentes aos procedimentos.

b) Para os tratamentos com Braquiterapia, além dos itens acima estão inclusos Braquiterapia de Alta dose, Simulação de Braquiterapia e Planejamento Braquiterápico.

c) Estão excluídos dos pacotes: exames de imagem, exames laboratoriais, honorários do Anestesiologista, Braquiterapia com baixa taxa (sementes), honorários médicos para implante de arco estereotaxico de radiocirurgia e implante de agulhas/sementes.

d) Descrição dos pacotes:

CÓDIGO	RADIOTERAPIA IMRT	VALOR
96.01.198-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Próstata	23.429,95
96.01.199-8	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Cabeça/Pescoço/FSC	20.826,62
96.01.200-5	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Mama com drenagem	16.921,63
96.01.205-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Canal Anal	15.619,96
96.01.206-4	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pâncreas	13.016,64
96.01.207-2	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Pelve Feminina	15.619,96
96.01.208-0	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Reto	15.619,96
96.01.236-6	Pacote Radioterapia IMRT c/ IGRT de Retroperitônio	15.619,96
CÓDIGO	RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL 3D	VALOR
4.12.03.06-2	Radioterapia Conformada Tridimensional	10.814,96

CÓDIGO	RADIOCIRURGIA	VALOR
4.12.03.02-0	Radiocirurgia Nível 1	7.903,24
4.12.03.03-8	Radiocirurgia Nível 2	9.359,10
4.12.03.04-6	Radiocirurgia Nível 3	10.814,96
4.12.03.13-5	Radioterapia Estereotática 1º dia de Tratamento	6.239,40
4.12.03.14-3	Radioterapia Estereotática por dia subsequente	311,97

Com extensão para Tomografia de Planejamento seguindo a edição 2012.

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO EXAME
4.10.01.10-9	Abdome superior
4.10.01.09-5	Abdome total (abdome superior, pelve e peritônio)
4.10.01.01-0	Crânio ou sela túrcica ou órbitas
4.10.01.11-7	Pelve ou bacia
4.10.01.06-0	Pescoço (partes moles, laringe, tireoide e faringe)
4.10.01.20-6	Reconstrução tridimensional – acrescentar ao exame de base
4.10.01.15-0	Segmentos apendiculares(braço, antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)
4.10.01.07-9	Tórax

4.2 Radioterapia de Alto Custo – IMRT

DESCRIÇÃO	VALOR R\$
Pacote IMRT – Até 2 volumes tratados	20.067,31
Pacote IMRT – Acima de 3 volumes tratados	22.236,75

- a) Estão excluídos dos pacotes os exames de bioimagem.
- b) Está incluída no pacote de IMRT a Simulação de Tratamento Complexo.
- c) Os códigos de procedimentos e/ou tratamentos descritos nos itens 4.2 e 4.3 não previstos anteriormente, serão remunerados na tabela CBHPM Edição 2012.

4.3. Procedimentos oftalmológicos

a) Os procedimentos abaixo serão remunerados na forma de pacote que incluem: honorários médicos, taxas de sala, taxas de uso de equipamentos, OPME, material médico, medicamentos, materiais descartáveis.

b) **Os procedimentos que não estão previstos nos pacotes abaixo discriminados**, serão pagos de acordo com a Tabela de Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM Edição 2012, conforme descrição na alínea h) do item 2.1, com : **UCO = R\$ 13,73 (treze Reais e dois centavos)** conforme alínea j) do item 2.1 deste referencial, independente da acomodação. Para os exames de imagem e/ou diagnósticos será aplicada banda redutora de 25% (vinte e cinco por cento) da tabela referenciada. Para os procedimentos não constantes nesta, serão utilizadas suas atualizações. Obrigatoriamente será adotada a tabela imediatamente subsequente a de referência, que contenha o procedimento em questão, observando-se os mesmos critérios da CBHPM edição 2012 e considerando a UCO descrita na alínea j) do item 2.1 deste referencial.

c) Os procedimentos Infusão de perfluorcarbono e a troca de fluido-gasosa fazem parte da vitrectomia via pars plana+retinopexia+introflexão com ou sem laser + membranectomia e, não serão, portanto, pagos à parte.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		
CONJUNTIVA	PORTE	VALOR
Pterígio - Exérese + Transplante Conjuntival	1 ,5	1.359,21
Sutura de Conjuntiva	1	865,70
Exérese de Tumor de Conjuntiva	1	790,23
CÓRNEA	PORTE	VALOR
Corpo Estranho da Córnea – Retirada	0	225,10
Recobrimento Conjuntival	1	1.090,67
Cirurgia Refrativa com Laser – LASIK	-	1.171,99
Cirurgia Refrativa com Laser - LASIK Personalizada	-	2.904,60
Sutura de Córnea (com ou sem Hérnia de Íris)	3	726,15
Cirurgia de Cross-linking	3	4.286,81
Implante de anel intra-estromal		1.824,71
CRISTALINO	PORTE	VALOR
Capsulotomia Yag ou Remoção Pigmentar de LIO	0	330,47
Facetomia com lente intra-ocular dobrável com Facoemulsificação (lente nacional)	5	2.963,72
Facetomia com lente intra-ocular dobrável com Facoemulsificação (lente importada)	5	3.743,64 (Com lente aférica)
CORPO VÍTREO	PORTE	VALOR
Implante de Silicone Intravítreo	7	2.911,72
Vitrectomia Anterior	4	2.607,79
Vitrectomia Via Pars Plana	5	3.592,01
Vitrectomia Via Pars Plana + Endolaser / Endodiatermia	5	5.028,79
Vitrect Via Pars Plana + Retinopexia com Introflexão Escleral + Endolaser+Infusão de Perfluorcarbono + Troca Fluido-Gasosa+membranectomia	6	6.388,21
Pacote tratamento ocular quimioterápico (com lucentis)	-	2.599,75
Pacote tratamento ocular quimioterápico(elya)		3.431,67
ÍRIS E CORPO CILIAR	PORTE	VALOR
Cirurgias Fistulizantes Antiglaucomatosas	4	1.551,73
Fototrabeculoplastia (Laser)	0	379,31
Iridectomia (Laser)	0	379,31
Cirurgias Fistulizantes com Implantes Valvulares	4	2.844,85
PÁLPEBRA	PORTE	VALOR

Dermatocalaze ou Blefarocalaze	2	1001,39
Calázio	0	323,27
Ptose Palpebral- unilateral	2	1314,67
Ressecção de Tumores Palpebrais	2	922,41
Entrópio	2	754,30
Ectrópio	2	754,30
Epilação	0	320,42
Correção de Bolsas Palpebrais	2	981,31
Xantelasma	2	531,45
VIAS LACRIMAIS	PORTE	VALOR
Fechamento pontos lacrimais	0	73,00
Sutura ou reconstrução dos canalículos	1	808,08
Sondagem de vias lacrimais	1	133,63
Reconstituição de pontos lacrimais	0	483,82
RETINA	PORTE	VALOR
Fotocoagulação (Laser) - por sessão – monocular	0	237,08
Retinopexia Pneumática	0	933,21
Retinopexia com Introflexão Escleral	5	3.115,75
MÚSCULOS	PORTE	VALOR
Estrabismo (inclusive bilateral)	2	689,66

4.4. Pacotes de Procedimentos Odontológicos

a) Os pacotes de procedimentos odontológicos constantes na planilha abaixo serão remunerados com base na tabela CBHPO 2017 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos) aplicando-se uma deflação de 50%. Os procedimentos constantes na tabela de Prótese Odontológica serão remunerados com base na tabela CBHPO 2017 (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos) aplicando-se uma deflação de 30%.

b) Os procedimentos de **Ortodontia** para **pacientes acima de 16 anos** estão sujeitos a um **parecer da Comissão de Ética** conforme regulamentação contida na Portaria n° 048-DGP de 28 de FEV 08 (IR30-38).

c) **Todos os procedimentos de Implantodontia** estão sujeitos a um **parecer da Comissão de Ética** conforme regulamentação contida na Portaria n° 048-DGP de 28 de FEV 08 (IR30-38).

d) Os cirurgiões-dentistas interessados em se cadastrar, além de toda a documentação solicitada em edital, deverão apresentar também certificado *lato sensu* de conclusão do curso de especialização, comprovando pelo menos cinco anos de conclusão do curso na especialidade pretendida.

PROCEDIMENTO		
CÓDIGO	CIRURGIA	VALOR
50101015	Apicetomia birradicular	177,60

50101016	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	208,12
50101017	Apicetomia trirradicular	236,28
50101018	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada	266,34
50101013	Apicetomia uniradicular	149,38
50101014	Apicetomia uniradicular com obturação retrógrada	179,44
50101094	Aprofundamento de vestíbulo	249,84
50101095	Biópsia	88,80
50101081	Cirurgia de cisto	137,88
50101055	Cirurgia de hipertrofia do lábio	88,80
50101098	Cirurgia de mucocele	87,88
50101023	Cirurgia de odontomas, osteomas	215,30
50101099	Exérese de rânula	187,88
50101097	Cirurgia de tumores duros	137,88
50101024	Cirurgia para enucleação de cistos	137,88
50101012	Cirurgia para torus bilateral mandibular	233,46
50101010	Cirurgia para torus palatino	143,40
50101011	Cirurgia para torus unilateral mandibular	143,40
50101100	Consulta clínico cirúrgica	54,60
50101021	Correção de bridas musculares	93,40
50101101	Drenagem de abscesso extra-oral	86,50
50101102	Drenagem de abscesso intra-oral	86,50
50101105	Exodontia simples	88,80
50101002	Exodontia a retalho	106,10
50101104	Exodontia incluso / impactado	215,30
50101003	Exodontia raiz residual	88,80
50101108	Frenectomia labial	144,32
50101020	Frenectomia lingual	209,32
50101040	Redução não cirúrgica de luxação de ATM	54,60
50101066	Reimplante de dente (por elemento)	222,08
50101026	Remoção de corpo estranho do seio maxilar	225,30
50101118	Tratamento de alveolite	62,88
50101119	Tratamento de fistula buccossinusal	199,38
50101007	Ulotomia	51,50
50101015	Apicetomia birradicular	177,60
50101016	Apicetomia birradicular com obturação retrógrada	208,12
50101017	Apicetomia trirradicular	236,28

50101018	Apicetomia trirradicular com obturação retrógrada	266,34
50101013	Apicetomia uniradicular	149,38
50101014	Apicetomia uniradicular com obturação retrógrada	179,44
50101094	Aprofundamento de vestibulo	249,84
CÓDIGO	DENTÍSTICA	VALOR
50102041	Ajuste oclusal	69,20
50102032	Capeamento direto (tratamento expectante)	59,20
50102033	Capeamento indireto (tratamento expectante)	59,20
50102035	Cimentação adesiva de trabalho protético	56,90
50102038	Colagem de fragmentos	84,20
50102017	Núcleo de preenchimento em resina composta	91,50
50102022	Pinos de retenção (intrarradicular unidade)	89,00
50102009	Resina composta Cl I ou V	84,20
50102010	Resina composta Cl II	134,20
50102016	Resina composta Cl III ou IV	149,20
50102028	Restauração em ionômero de vidro	73,80
50102021	Restauração provisória	44,20
50102041	Ajuste oclusal	69,20
50102032	Capeamento direto (tratamento expectante)	59,20
50102033	Capeamento indireto (tratamento expectante)	59,20
CÓDIGO	ENDODONTIA	VALOR
50104014	Desobstrução de conduto	116,10
50104030	Drenagem de abscesso via canal	86,50
50104003	Instrumentação e obturação canal triradicular	257,20
50104002	Instrumentação e obturação de canal biradicular	209,50
50104001	Instrumentação e obturação de canal uniradicular	209,50
50104027	Preparo para o núcleo intra-radicular	59,20
50104029	Pulpectomia em emergência	61,50
50104025	Pulpotomia	61,50
50104024	Remoção de núcleo intra-radicular (por elemento)	120,70
50102021	Restauração provisória	44,20
50104020	Retratamento endodôntico em dois condutos radiculares	207,20
50104021	Retratamento endodôntico em três condutos radiculares	257,20
50104019	Retratamento endodôntico em um conduto radicular	157,20
50104017	Tratamento cirúrgico de perfuração radicular	123,00
50104028	Tratamento de dentes com risogênese incompleta (por sessão)	91,10

50104022	Tratamento de perfuração	123,00
CÓDIGO	ODONTOPEDIATRIA	VALOR
50106004	Aplicação tópica de fluor com polimento coronário (quatro hemi-arcadas)	54,60
50106001	Consulta de adaptação (máximo de duas sessões)	54,60
50106012	Exodontia de decíduos	56,90
50106013	Mantenedor de espaço (fixo)	111,50
50106014	Mantenedor de espaço móvel	111,50
50106007	Restauração a ionômero de vidro (por face)	73,80
50106011	Tratamento endodôntico em decíduos (pulpectomia, instrumentação, obturação de canal por conduto)	110,12
50106005	Profilaxia dental (polimento coronário) (quatro hemi-arcadas) -Polimento	59,20
50102031	Selamento de cicatrículas e fissuras	39,60
CÓDIGO	PRÓTESE	VALOR
50110003	Ajuste oclusal protético (por sessão)	93,20
50110042	Cimentação de coroa de jaqueta	76,90
50110046	Cimentação de núcleo fundido	76,90
50110047	Cimentação de prótese fixa por elemento	76,90
50110041	Cimentação de RMF	76,90
50110073	Conserto de prótese	111,90
50110030	Coroa de jaqueta em acrílico termopolimerizável	280,00
50110031	Coroa de jaqueta em cerâmica pura	420,00
50110032	Coroa metalo-cerâmica	420,00
50110028	Coroa provisória (em resina auto polimerizável)	105,00
50110034	Coroa total metálica	280,00
50110002	Enceramento diagnóstico (por elemento)	84,00
50110010	Facetas laminadas de porcelana	420,00
50110045	Núcleo de preenchimento (ionômero de vidro)	112,00
50110044	Núcleo de preenchimento (resina/amálgama)	112,00
50110009	Núcleo metálico fundido	140,00
50110050	Placa miorreloxante	315,00
50110005	Restauração in-lay e on-lay em porcelana	385,00
50110006	Restauração in-lay e on-lay em resina acrílica termopolimerizável	385,00
CÓDIGO	IMPLANTODONTIA	VALOR
50105008	Cirurgia de enxertos ósseos / biomaterias	580,00
50105007	Cirurgia de manipulação de tecidos moles	250,76

50105004	Cirurgia para levantamento do assoalho do seio maxilar (incluído mat de enxerto)	392,00
50105009	Cirurgia para remoção de implantes não ósseointegrado	83,80
50105002	Implante osteointegrado (por unidade) / cirurgia para instalação de implantes	296,60
50105020	Instalação de prótese definitiva sobre implantes	327,60
50105019	Instalação de prótese provisória	84,20
CÓDIGO	PERIODONTIA	VALOR
50108004	Aumento de coroa clínica (por elemento)	171,62
50108012	Cirurgia periodontal a retalho por hemiarcada	173,46
50108016	Cunha distal	106,16
50108005	Dessensibilização dentária por segmento	54,60
50108028	Enxerto gengival livre por elemento	215,76
50108029	Enxerto ósseo	192,00
50108018	Enxerto pediculado (por segmento)	172,54
50108010	Gengivectomia (por hemi-arcada)	195,70
50108020	Odonto-secção (por elemento)	98,00
50108034	Raspagem subgengival com alisamento radicular em hemearcada	61,50
50108035	Raspagem supragengival por hemearcada	76,50
CÓDIGO	ORTODONTIA	VALOR
50107008	Instalação de mentoneira	95,70
50107018	Aparelho móvel com um torno expensor	145,70
50107009	Aparelho ortodôntico fixo total (uma arcada)	316,70
50107003	Arco lingual ou palatino	107,60
50107020	Barra lingual de canino a canino	107,60
50107032	Cimentação barra transpalatina	107,60
50107027	Cimentação de aparelho de NANCE	107,60
50107033	Cimentação de disjuntor palatino	193,90
50107035	Cimentação de quadri-hélice	142,60
50107005	Grade de palatina fixa	105,30
50107044	Instalação de aparelho de THUROW	100,30
50107045	Instalação de aparelho extra-bucal	178,30
50107046	Instalação de placa lábio-ativa	142,20
50107011	Manutenção de aparelho fixo (controle mensal)	93,40
50107015	Manutenção de aparelho móvel (controle mensal)	93,40
50107013	Ortopedia funcional dos maxilares (bionatos, monobloco, Bimler, Frankel ou similares)	190,70

50107007	Placa de Hawley	66,50
CÓDIGO	OUTROS	VALOR
50101199	Laserterapia – sessão	120,70
50101198	Parafuso ancoragem	120,70
50105017	Reabertura implante – 2º estágio	96,00

4.5. Pet Scan

a) Remunera-se o PET/CT (Pet Scan) no valor de R\$ 3.100,00 (três mil e cem reais), que inclui tomografia com contraste quando necessário, honorário médico, custo operacional, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

b) Remunera-se o PET/CT (Pet Scan) com gálio no valor de R\$ 4.900,00 (quatro mil e novecentos reais), que inclui tomografia com contraste quando necessário, honorário médico, custo operacional, insumo radiológico, material descartável e medicamentos.

4.6 Terapia Renal Substitutiva

a) Os procedimentos abaixo relacionados serão pagos na forma de pacotes, especificados nas tabelas a seguir:

TABELA DE PREÇOS HEMODIÁLISE	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR DO PACOTE
Hemodiálise Crônica Ambulatorial (incluso honorário médico)	696,73 (autorizado com solução industrializada)
Hemodiálise móvel (incluso honorário médico)	1.559,85
Hemodiálise aguda (incluso honorário médico)	893,84 (autorizado com solução industrializada) Obs.: Este referencial também deverá ser utilizado para pacientes internados
Implante de cateter temporário para hemodiálise	601,57

PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR DO PACOTE
Treinamento Paciente DPA/CAPD – 09 (nove) dias	4.331,33
Manutenção Paciente em Programa DPA – 30 (trinta) dias	9.000,00
Manutenção Paciente em Programa CAPD – 30 (trinta) dias	7.700,00

HEMODIAFILTRAÇÃO COM A MÁQUINA PRISMA	
PROCEDIMENTOS NORMATIZADOS	VALOR DO PACOTE
Hemolenta Prisma (acima de 70 Kg)	6.031,42 (autorizado com solução industrializada) Obs.: Este referencial

	também deverá ser utilizado para pacientes internados
--	--

c) A Hemofiltração com máquina de prisma será autorizada apenas em caso de paciente internado em unidade fechada, mediante solicitação por relatório médico.

4.7. Outros Pacotes

Outros serviços poderão ser contratados na forma de pacote, contudo seus valores não poderão ultrapassar o cálculo do procedimento cobrado item a item fixados neste referencial de custo (diárias, materiais, medicações, honorários, taxas e OPME quando for o caso)

5. NOVIDADES TECNOLÓGICAS EM TERAPÊUTICA MÉDICA

a) Novas tecnologias médicas poderão ser contratadas desde que suas eficácias estejam cientificamente confirmadas pelos conselhos reguladores profissionais (Conselho Federal de Medicina, Conselho Federal de Fisioterapia, Conselho Federal de Psicologia, etc) e regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ficando o Credenciado obrigado a demonstrar a qualificação técnica sanitária referida.

b) Os valores dos procedimentos serão submetidos a apreciação do Escalão Superior e uma vez aprovados serão pagos igualmente a todos que prestarem a mesma categoria de serviço, respeitando o princípio da isonomia.

6. DAS FATURAS

a) A CREDENCIADA terá **prazo máximo de 45 (quarenta e cinco dias)** dias contados da alta do usuário ou execução do serviço, para a apresentação da guia de encaminhamento acompanhada da fatura e dos demais documentos comprobatórios.

b) Após **60 (sessenta) dias** serão consideradas inaptas para pagamento todas as despesas apresentadas, **não cabendo recurso**.

c) Respeitado o **limite dos 60 (sessenta) dias** descritos no item “b” deste item, as faturas referentes a serviços executados no mês de dezembro do ano anterior, deverão ser encaminhadas, impreterivelmente, até o dia 28 de fevereiro do ano subsequente, sob pena de inclusão em restos a pagar de exercícios anteriores.

d) **As faturas poderão ser entregues conforme Calendário Anual de Entrega de Faturas** estabelecido pela Seção de Auditoria Externa da CREDENCIANTE, com devido conhecimento da CREDENCIADA, mediante documento enviado por meios eletrônicos ou pessoalmente, sempre acompanhadas da guia de encaminhamento original, e conforme estabelecido na alínea “e” deste item, com a finalidade de facilitar a execução e lisura das mesmas, no horário das 07:00 às 15:00h, de segunda a quinta- feira, sendo às sextas- feiras das 07:00 às 12:00 h, exceto feriado e datas comemorativas militares.

e) Os Atendimentos/serviços deverão ser faturados e classificados por grupos de usuários (**FUSEX, PASS, Fator de Custo – Exército Brasileiro Isentos, Fator de Custo – Ex Combatente, PASS Isento** e outros que por ventura forem criados pelo órgão responsável pela gestão do Sistema de Registro de Encaminhamento (SIRE). Tais informações sobre os grupos encontram-se na guia de encaminhamento, e as faturas deverão ser apresentadas conforme padrão a seguir:

- Capa ou espelho da fatura onde deverão constar as seguintes informações: Número da fatura com data de emissão, nome do paciente, número da guia de encaminhamento, valor do procedimento realizado por paciente e total da fatura;

- Documento/guia que comprove o serviço profissional devidamente assinado pelo paciente, com código do procedimento, valor por item e total da conta do paciente; e

- Guia de Encaminhamento original ou enviada por meio eletrônico, com assinatura do autorizador e do paciente.

f) As contas com valores superiores a **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) deverão ser entregues em fatura separada;

g) As faturas ambulatoriais, deverão, para facilitar o processo de auditoria das mesmas, conter no máximo, 50 (cinquenta) processos de atendimento, devendo, quando passar esta quantidade, ser montada uma nova fatura.

j) As faturas apresentadas fora do padrão estabelecido neste instrumento, serão devolvidas para ajuste e entrega posterior, não podendo sua entrega ultrapassar o prazo previsto no calendário descrito na letra “d” deste item.

7. DA AUDITORIA

a) A auditoria será realizada por equipe designada pela CREDENCIANTE, devendo esta realizar apresentação formal da equipe e sempre que houver alteração da mesma;

b) Deverão ser disponibilizados prontuários e contas para análise pelos auditores da CREDENCIANTE, bem como profissionais da auditoria da CREDENCIADA para análise das possíveis discordâncias de cobrança e indicação de procedimentos entre as partes;

c) A equipe de auditoria fará visitas a pacientes internados ou em qualquer outro atendimento nas instalações da CREDENCIADA, podendo, com autorização da equipe assistente ou do paciente, acompanhar procedimentos cirúrgicos;

d) A análise das contas será realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da comunicação de liberação da conta para auditoria da CREDENCIANTE, com visitas preferencialmente semanais, de acordo com a demanda da CREDENCIADA;

e) As faturas ambulatoriais serão auditadas de modo posterior, após entrega das mesmas conforme calendário de entrega de faturas da Seção de Auditoria da CREDENCIANTE. Mediante conveniência entre as partes, a auditoria dessas faturas podem ser realizadas nas instalações da CREDENCIADA, mediante agendamento pela equipe de auditoria da CREDENCIANTE para discussão das mesmas;

f) O calendário de auditoria técnica, bem como os horários de visita da equipe de auditoria da CREDENCIANTE ficará a critério desta, devidamente comunicado à CREDENCIADA, não devendo esta, interferir neste planejamento, desde que a CREDENCIANTE obedeça aos prazos estabelecidos neste instrumento.

g) As glosas parciais ou totais, identificadas nas faturas, serão descritas no Relatório de Auditoria Técnica (RAT), com as respectivas razões das glosas efetuadas, código da glosa, discriminação do item, identificação do paciente e valor das mesmas, e encaminhadas para OCS para análise, conforme já estabelecido neste instrumento.

h) A CREDENCIANTE, poderá, a qualquer tempo, mediante agendamento, realizar visita técnica nas instalações da CREDENCIADA, cuja visita poderá ser realizada pelo setor responsável pelo contrato, pelo fiscal do contrato, pelo FUSEx ou pela equipe da auditoria.

i) Serão motivos de glosas por parte da CREDENCIANTE:

1. Apresentação da fatura sem a guia de encaminhamento que autoriza o procedimento/atendimento
2. Apresentação da fatura junto de cópia da guia de encaminhamento ou cópia de guia provisória;
3. Apresentação de cópia de guia de encaminhamento já enviada em outra fatura;
4. Guia de Encaminhamento em nome de outro prestador de serviços;

5. Valores divergentes aos acordados neste instrumento;
6. Realização de serviços não cobertos pelo contrato;
7. Ausência de data de atendimento na fatura;
8. Ausência de assinatura do usuário na guia de encaminhamento e no documento que comprova o atendimento realizado;
9. Ausência da assinatura do profissional que prestou o atendimento no documento para este fim;
10. Ausência de data e assinatura do usuário por atendimento, nos controles de atendimentos de fisioterapia, RPG, pilates, hidroterapia, entre outros;
11. Ausência de documento de autorização do uso de medicamento de custo elevado, órteses, próteses e materiais de alto custo (salvo nos casos de urgência/emergência);
12. Ausência do relatório médico justificando a urgência/emergência para procedimentos não constantes na Guia de Encaminhamento;
13. Realização de procedimento em data superior a 30(trinta) dias de emissão da guia de encaminhamento;
14. Atendimento eletivo sem a respectiva guia de encaminhamento;
15. Nos casos de atendimento de urgência/emergência, envio de fatura sem ter providenciado a guia de encaminhamento no prazo já estabelecido neste instrumento.
16. A falta de especificações na fatura apresentada, dos nomes dos fabricantes dos materiais e medicamentos, implicará no pagamento do valor correspondente ao fabricante com menor valor;
17. Outras situações cujo atendimento deixe de levar em consideração o previsto no termo de contrato e neste referencial de custos.

j) O CREDENCIANTE não reconhecerá as despesas referentes as guias de encaminhamento superior a 60 dias de sua emissão ou de 30 (trinta) dias após a execução dos serviços;

l) Para as contas ambulatoriais que apresentarem glosas, verificadas pela equipe da auditoria da CREDENCIANTE, será feita notificação à CREDENCIADA por meio eletrônico ou outros meios disponíveis, com confirmação por contato telefônico, da existência das glosas e envio do RAT e instrumentos que justifiquem tal inconformidade, devidamente assinado pelo auditor da CREDENCIANTE. Uma vez notificado a glosa e não concordando com a mesma, a CREDENCIADA terá no **máximo de 15 (quinze) dias** corridos, a partir de sua notificação, para impetrar o recurso no qual deverá fundamentar o motivo da contestação, devendo referenciar número da fatura, valor e nome do paciente, podendo o envio do recurso, ser através de meios eletrônicos.

m) No caso de concordância da CREDENCIADA com os valores glosados, esta deverá registrar por escrito o seu aceite junto a CREDENCIANTE, cuja ciência poderá também ser dada por meio eletrônico, obedecendo ao prazo estabelecido no subitem anterior;

n) No caso da CREDENCIADA, não apresentar o recurso de glosa no prazo estipulado acima, serão pagos os valores corrigidos pela CREDENCIANTE, não cabendo a CREDENCIADA recurso posterior;

o) Fica expressamente proibido à CREDENCIADA, a cobrança dos valores glosados diretamente ao BENEFICIÁRIO; e

p) A CREDENCIANTE não se obriga ao pagamento da fatura, enquanto persistirem irregularidades nos documentos constituintes da fatura.